

Universitat de Lleida

INTERVENCIONS PER REDUIR LES AGRESSIONS DIRIGIDES ALS PROFESSIONALS SANITARIS

- REVISIÓ SISTEMATITZADA DE LA LITERATURA -

Autor: Roger Mesalles Juncà

Tutoritzat per: Carmen Nuin Orrio

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grau en Infermeria

Treball final de grau

Curs acadèmic 2019-2020

Lleida, 25 de maig de 2020

RESUM

Introducció: les agressions que pateixen els professionals sanitaris són un problema present als sistemes sanitaris d'arreu. A Espanya, l'any 2018 es van notificar 9.741 agressions (15,89 per cada 1.000 professionals del Sistema Nacional de Salut). D'aquestes, un 19% van ser agressions físiques i el 81% restant van ser no físiques. Les conseqüències que poden provocar (lesions, danys psicològics, depressió...), a part del propi acte, causen la necessitat d'actuar per prevenir i acabar amb aquestes situacions.

Objectiu: identificar i avaluar l'eficàcia d'intervencions dirigides a prevenir i reduir les agressions cap als professionals sanitaris.

Metodologia: es va realitzar una cerca bibliogràfica a les bases de dades de PubMed, Scopus i CINAHL Plus, seguint el mètode d'Arksey i O'Malley. Es van establir uns criteris d'inclusió a través dels quals es van seleccionar els estudis analitzats.

Resultats: es van elegir un total de 8 estudis per a la seva anàlisi, 4 dels quals són estudis quasi-experimentals, 2 són estudis experimentals i 2 són revisions sistematitzades.

Conclusions: les intervencions que es van mostrar més efectives en la prevenció i reducció de les agressions cap als professionals sanitaris van ser la formació dels treballadors en diferents àmbits (avaluació del risc potencial d'agressió, habilitats de comunicació verbals i tècniques de desescalada), l'especialització o creació d'equips multidisciplinaris amb personal entrenat per tal de fer front a situacions potencialment violentes i l'anàlisi dels incidents a través de sessions de debriefing. En canvi, no es va trobar evidència que recolzés la implementació de mesures en l'entorn de treball. Són necessaris més estudis que avaluïn els resultats de les intervencions a mitjà i llarg termini.

Paraules clau: violència laboral, agressió, personal sanitari, prevenció.

RESUMEN

Introducción: las agresiones que sufren los profesionales sanitarios son un problema presente en los sistemas sanitarios a nivel global. En España, el año 2018 se notificaron 9.741 agresiones (15,89 por cada 1.000 profesionales del Sistema Nacional de Salud). De estas, un 19% fueron agresiones físicas y el 81% restante fueron no físicas. Las consecuencias que pueden provocar (lesiones, daños psicológicos, depresión...), aparte del propio acto, causan la necesidad de actuar para prevenir y acabar con estas situaciones.

Objetivo: identificar y evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas a prevenir y reducir las agresiones hacia los profesionales sanitarios.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Scopus y CINAHL Plus, siguiendo el método de Arksey y O'Malley. Se establecieron unos criterios de inclusión a través de los cuales se seleccionaron los estudios.

Resultados: se eligieron un total de 8 estudios para su análisis, 4 de los cuales son estudios cuasi-experimentales, 2 son estudios experimentales y 2 son revisiones sistematizadas.

Conclusiones: las intervenciones que se mostraron más efectivas en la prevención y reducción de las agresiones hacia los profesionales sanitarios fueron la formación de los trabajadores en diferentes ámbitos (evaluación del riesgo potencial de agresión, habilidades de comunicación verbales y técnicas de desescalada), la especialización o creación de equipos multidisciplinares con personal entrenado para hacer frente a situaciones potencialmente violentas y el análisis de los incidentes a través de sesiones de debriefing. En cambio, no se encontró evidencia que apoyara la implementación de medidas en el entorno de trabajo. Son necesarios más estudios que evalúen los resultados de las intervenciones a medio y largo plazo.

Palabras clave: violencia laboral, agresión, personal sanitario, prevención.

ABSTRACT

Introduction: the aggression suffered by health professionals is a problem present in health systems everywhere. In Spain, in 2018, 9.741 assaults were reported (15,89 per 1.000 professionals in the National Health System). Of these, 19% were physical assaults and the remaining 81% were non-physical. The consequences that can cause (injuries, psychological damage, depression ...), apart from the act itself, cause the need to act to prevent and end these situations.

Objective: to identify and evaluate the effectiveness of interventions aimed at preventing and reducing aggression against health professionals.

Methodology: a bibliographic search was performed on the PubMed, Scopus and CINAHL Plus databases, following the method of Arksey and O'Malley. Inclusion criteria were established through which the studies were selected.

Results: a total of 8 studies were chosen for analysis, 4 of which are quasi-experimental studies, 2 are experimental studies and 2 are systematized reviews.

Conclusions: the interventions that were most effective in preventing and reducing aggression towards health professionals were the training of workers in different areas (assessment of the potential risk of aggression, verbal communication skills and de-escalation techniques), the specialization or creation of multidisciplinary teams with trained personnel in order to deal with potentially violent situations and the analysis of incidents through debriefing sessions. However, no evidence was found to support the implementation of measures in the work environment. More studies are needed to evaluate the results of the interventions in the medium and long term.

Keywords: workplace violence, aggression, health personnel, prevention.

Índex

1. Introducció	8
1.1. Agressions dirigides a professionals sanitaris: definició i classificació	8
1.1.1. Agressions físiques	8
1.1.2. Agressions no físiques	8
1.1.3. Violència patrimonial.....	8
1.2. Epidemiologia	9
1.3. Factors de risc i conseqüències	10
1.3.1. Factors de risc.....	10
1.3.2. Conseqüències.....	10
1.4. Legislació.....	11
2. Justificació.....	13
3. Objectius.....	14
4. Metodologia.....	15
5. Discussió	26
5.1. Limitacions de l'estudi.....	30
6. Conclusions	32
7. Bibliografia.....	33

Índex de taules

Taula 1. Estratègia PICO.....	15
Taula 2. Resultats de l'estratègia de cerca.....	16
Taula 3. Taula resum dels estudis seleccionats per la revisió.....	19

Índex de figures

Figura 1. Diagrama de flux del procés de selecció dels articles.....	17
--	----

1. Introducció

1.1. Agressions dirigides a professionals sanitaris: definició i classificació

La violència laboral es defineix com un incident violent al lloc de treball. Afecta gairebé a tots els sectors i treballadors. L'Organització Internacional del Treball considera que les professions relacionades amb el sector serveis tenen major risc de patir agressions, degut al contacte directe amb clients i usuaris. En el cas concret del sector sanitari, violència és qualsevol acte que comporti un abús verbal, físic, amenaces o qualsevol altre comportament intimidatori comès per un pacient, un familiar o acompanyant, contra un professional sanitari en l'exercici de les seves funcions, causant un dany físic o psicològic (1).

Les agressions dirigides a professionals sanitaris es poden classificar en diverses categories (2):

1.1.1. Agressions físiques

Són els actes o atacs violents que impliquen un contacte físic amb o sense armes entre l'agressor i el treballador amb la intenció de provocar un dany o lesió. El resultat de l'acció pot produir o no dany físic o lesió. S'hi inclouen bufetades, empentes, mossegades, pessics, cops de peu o de puny, etc.

1.1.2. Agressions no físiques

Es tracta de les agressions que es produeixen sense contacte físic. S'hi inclouen els insults, amenaces, vexacions, assetjament per raó de sexe... Aquestes agressions es poden dividir en dues categories:

- Grau 1: insults i vexacions.
- Grau 2: intents d'agressió, amenaces, coaccions, ús d'armes.

1.1.3. Violència patrimonial

És la violència que l'agressor exerceix cap als béns materials. Té un gran poder intimidatori. Quan es produeix acostuma a anar acompanyada d'altres tipus d'agressions.

1.2. Epidemiologia

Segons un informe (3) d'agressions als professionals del Sistema Nacional de Salut (SNS), que recull les dades d'agressions de totes les comunitats autònomes, l'any 2017 es van registrar 8.328 agressions (13,59 per cada 1.000 treballadors del SNS) i el 2018 se'n van notificar 9.741 (15,89 per cada 1.000 professionals). D'aquestes, el 81% van ser agressions no físiques, i el 19% restant van ser físiques. Així doncs, per cada agressió física se'n van produir 4,3 de no físiques el 2017 i 4,4 el 2018.

Pel que fa al **col·lectiu** que més agressions sofreix, en primer lloc es troben els metges (33%), seguits pels infermers (30%), tècnics auxiliars d'infermeria (17%), administratius (9%), zeladors (5%) i altre personal (5%).

La majoria de professionals que notifiquen una agressió són dones (78% al 2017 i 73% al 2018). Els homes van representar un 22% i un 27%, respectivament. S'ha de tenir en compte que el sector sanitari està format en un 74,3% per dones, segons l'Enquesta de Població Activa (EPA) del segon trimestre de 2018 (4). Aquest fet pot explicar l'alt percentatge d'agressions cap al sexe femení.

Quant als grups d'edat dels professionals agredits, tant el 2017 com el 2018 la majoria tenien entre 35 i 55 anys (61% el 2017 i 56% el 2018). Els que tenien menys de 35 anys van representar un 16% i 18% del total. I els que tenien més de 55 anys van ser el 23% i 26%.

En relació al **nivell assistencial**, tot i que les agressions notificades es troben repartides al 50% entre atenció primària i hospitalària, la taxa d'agressió és més elevada a AP, tenint en compte que hi treballen menys professionals. El lloc on es produeixen més agressions és a les consultes (32% el 2017 i 34% el 2018), seguit de les unitats d'hospitalització (19%), les urgències (14% i 16%), les àrees d'admissió i punts d'informació (17% i 15%), les unitats de psiquiatria (14% i 12%) i els domicilis o la via pública (3% i 4%).

Les dades reflecteixen que la majoria de les agressions vénen donades per la percepció del pacient de l'atenció rebuda (39% i 43%), seguit de les demandes de l'usuari (23% i 22%) o les que es deriven del propi acte sanitari o administratiu realitzat (23%). Un 12% de les agressions van ser motivades per causes alienes a l'organització o a l'assistència donada.

Pel que fa al perfil de l'agressor, en un 69% dels casos és el mateix pacient i en un 31% són familiars o acompanyants. Un 60% dels agressors són homes, i un 11% són reincidents.

Per altra banda, l'informe també afirma que l'augment de les notificacions de les agressions pot venir donat per una major conscienciació del problema per part dels professionals, a més del suport i receptivitat de les administracions a que es denunciïn aquests fets, cosa que fa que els professionals notifiquin agressions que anteriorment haurien deixat passar per no considerar-les com a tals.

1.3. Factors de risc i conseqüències

1.3.1. Factors de risc

- Retards en l'atenció urgent, tant en hospitals com en centres d'atenció primària.
- Situacions d'angoixa per part de l'agressor davant una falta d'informació sobre la situació d'un familiar (p. ex. urgències d'un hospital).
- Situacions en les quals l'agressor veu frustrades les expectatives d'aconseguir un benefici directe o indirecte (recepta mèdica, baixa laboral...) i en les quals entén que una resposta negativa per part del professional representa un atemptat als seus drets.
- Retard en els terminis per a la realització de proves complementàries.
- Desconfiança cap als professionals.

1.3.2. Conseqüències

La violència ocorreguda al lloc de feina pot provocar lesions, danys psicològics i pèrdues econòmiques. Els professionals afectats per algun cas de violència física tenen tres vegades més probabilitats de patir depressió i el doble de probabilitats de tenir estrès.

Les agressions també tenen un impacte negatiu en l'eficiència dels serveis de salut. Un entorn de treball insegur provoca un deteriorament de la qualitat assistencial. S'ha demostrat que existeix una relació entre violència, absentisme i pèrdua de productivitat.

1.4. Legislació

Dins de les normatives de salut laboral, riscos laborals i prevenció d'aquests, trobem diferents lleis i normatives a nivell europeu, estatal i autonòmic que aborden aquesta problemàtica. Tot i així, no hi ha lleis específiques que regulin les agressions a professionals sanitaris.

- A nivell europeu trobem:

- Directiva 89/391/CEE, aplicable a tots els sectors d'activitat públics o privats (5). Estipula que les empreses tenen l'obligació de garantir la seguretat i salut de la plantilla, avaluant i evitant els riscos. També han d'implementar mesures de protecció i oferir als treballadors informació sobre com aplicar-les. L'Agència Europea per la Seguretat i Salut al Treball considera que també contempla el deure de protecció contra la violència externa i l'assetjament moral (6).

- Acord Marc Europeu sobre l'assetjament i violència al treball de l'any 2007, amb la intenció de fomentar que les empreses promoguin una declaració contra la violència al treball, així com també es facin campanyes de prevenció i sensibilització.

- Conveni 155 de la Organització Internacional del Treball, diu que un medi ambient segur i saludable facilita un bon estat de salut físic i mental el relació amb la feina, i ajuda a prevenir la violència al lloc de treball.

- A nivell estatal:

- Article 40 de la Constitució Espanyola (7). En l'apartat segon diu que els poders públics són els encarregats de garantir la seguretat i higiene a la feina.

- Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals. Capítol III Article 14 (8). L'apartat 1 diu que "els treballadors tenen dret a una protecció eficaç en matèria de seguretat i salut a la feina".

- Llei orgànica 1/2015, que modifica l'article 550 de la llei orgànica 10/1995 del Codi Penal (9). Aquesta reforma amplia els funcionaris protegits com a autoritat pública als professionals sanitaris i docents que exerceixen al servei públic, sancionant els agressors amb penes de presó d'un a quatre anys i multa de tres a sis mesos.

- A nivell de Catalunya:

- Resolució 590/XI del Parlament de Catalunya, sobre les agressions i les coaccions a professionals sanitaris (10). Aquesta resolució insta el govern de la Generalitat a “establir que tots els centres sanitaris de la xarxa pública elaborin un registre de les situacions de violència física o verbal del personal sanitari, i que aquesta informació es faci arribar anualment al Departament de Salut”. També insta a “garantir que tots els centres sanitaris de la xarxa pública tinguin un protocol d’actuació davant qualsevol situació real o percebuda de violència física o verbal”.

- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d’ordenació sanitària de Catalunya (11). És l’única llei aprovada referent al personal sanitari, tot i que no fa referència expressa a les agressions a sanitaris.

- Resolució del Departament d’Empresa i Ocupació EMO/1742/2015, de 24 de juliol, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del I Conveni col·lectiu de treball dels hospitals d’aguts, centres d’atenció primària, centres sociosanitaris i centres de salut mental, concertats amb el Servei Català de la Salut (12). En el seu article 77 diu:

“Sense perjudici de les mesures preventives que s’adoptin per tal d’evitar situacions de violència en el lloc de treball contra els professionals per part de pacients o familiars/acompanyants, els treballadors agredits tenen el dret de rebre suport jurídic i psicològic, a càrrec de l’empresa.

Les empreses s’encarregaran d’elaborar un protocol d’actuació davant els casos d’agressions i difondre’l entre els treballadors. El protocol ha d’incloure els canals de comunicació de les agressions i el sistema de registre de les incidències.”

2. Justificació

Les agressions contra els professionals sanitaris són un fet que, per desgràcia, avui en dia és més freqüent del que sembla, però no per això s'han de normalitzar. La violència contra els sanitaris és un problema que afecta la salut dels treballadors i, de retruc, la qualitat del servei assistencial. Un aspecte a destacar d'aquesta problemàtica és l'elevat nombre d'agressions no notificades. Les xifres no són clares en aquest sentit; un estudi fet en un hospital d'Andalusia va xifrar el percentatge d'agressions no declarades en un 67,6% (13), mentre que un altre estudi d'un sindicat, realitzat a més de cinc mil treballadors sanitaris de tot Espanya, va quantificar en un 49,6% les situacions de violència no denunciades (14). Tot i la variabilitat de les dades, és evident que el nombre d'agressions no declarades és important. Això pot ser degut a diversos motius: la percepció per part dels professionals de que es tracti d'un fet "habitual" en el desenvolupament de la tasca assistencial, el fet que les agressions verbals no es considerin situacions de violència o creure que notificar l'agressió no tindrà efectes.

Tot i això, en els últims anys ha augmentat la presa de consciència d'aquest problema i tant des dels col·legis professionals com des de les administracions s'anima els professionals a que notifiquin totes les agressions.

A nivell europeu, el 12 de març es commemora el Dia Contra les Agressions a Metges i Professionals Sanitaris, data escollida en memòria de la metgessa de família Maria Eugenia Moreno, que fou assassinada a trets la nit de l'11 de març de 2009 quan estava de guàrdia al centre de salut de Moratalla (Regió de Múrcia), per un pacient disconforme amb l'atenció rebuda aquell matí (15). Des d'aquesta terrible agressió s'han produït alguns avenços, com ho és que les agressions a professionals sanitaris siguin considerades un delictes penal enlloc de faltes, tot i que el que es reclama des de col·legis professionals i sindicats són accions destinades a la prevenció.

Així doncs, tenint en compte que des de les empreses s'ha de garantir una protecció eficaç en matèria de seguretat i salut laboral –i així s'està intentant amb la creació de protocols d'actuació–, l'objectiu d'aquest treball és realitzar una revisió sistemàtica de la bibliografia científica per tal d'identificar les intervencions que s'han demostrat efectives en la prevenció de les agressions contra els treballadors sanitaris.

3. Objectius

Objectiu principal:

Identificar i avaluar l'eficàcia d'intervencions dirigides a prevenir i reduir les agressions cap als professionals sanitaris.

Objectiu secundari:

Descriure les característiques de les diferents intervencions, segons les tipologies.

4. Metodologia

Per a dur a terme la revisió sistemàtica s'ha seguit el mètode Arksey i O'Malley (16), que consta de 5 etapes:

1. Formular la pregunta d'investigació.
2. Identificar els estudis rellevants.
3. Seleccionar els estudis segons els criteris d'inclusió.
4. Analitzar les dades.
5. Resumir i classificar els resultats.

Etapa 1. Pregunta d'investigació

Per a redactar la pregunta d'investigació s'utilitzarà l'estratègia PICO.

Taula 1. Estratègia PICO

P (Població)	Professionals sanitaris
I (Intervenció)	Intervenció per prevenir la violència
C (Comparació)	Professionals sanitaris als quals no s'aplica cap intervenció
O (Resultats)	Incidència en el nombre d'agressions i grau de coneixements dels professionals

Pregunta d'investigació: Quines intervencions es duen a terme per prevenir i reduir les agressions als professionals sanitaris?

Etapa 2. Identificar els estudis

Les bases de dades que s'han utilitzat en aquesta revisió per tal de determinar quines són les intervencions més efectives per prevenir les agressions que pateixen els professionals sanitaris han estat PubMed, Scopus i CINAHL Plus.

Per duu a terme la cerca s'han utilitzat diverses paraules clau, algunes de les quals s'han basat amb els termes MeSH:

- Workplace violence: threatened or actual attempt to harm others at place of employment.
- Health personnel: men and women working in the provision of health services, whether as individual practitioners or employees of health institutions and programs, whether or not professionally trained, and whether or not subject to public regulation.

- Altres paraules clau com prevention, intervention, violence, injury reduction o strategies.

També s'ha fet ús dels operadors booleans com “AND”, per trobar els estudis que tinguessin tots els termes especificats i “OR”, per trobar resultats que continguessin com a mínim un dels dos termes utilitzats.

Per tal d'acotar més la cerca, es van establir uns criteris d'inclusió i exclusió per seleccionar els articles que responguessin millor els objectius plantejats.

Criteris d'inclusió:

- Intervencions de prevenció de les agressions amb resultats.
- Estudis en què la població siguin professionals sanitaris.
- Tipus d'estudi: assajos clínics amb resultats, estudis quasi-experimentals, revisions sistematitzades, etc.
- Articles d'accés gratuït a través de la biblioteca de la UdL.
- Idioma: castellà o anglès.
- Publicacions amb un màxim de 10 anys d'antiguitat.

Criteris d'exclusió:

- Intervencions que siguin de resposta a una agressió, i no de prevenció.

Taula 2. Resultats de l'estratègia de cerca

Base de dades	Estratègia de cerca	Resultats
PubMed	((workplace violence [Title/Abstract]) AND prevention [Title/Abstract]) AND reduction [Title/Abstract]	10
	((workplace violence [MeSH Terms]) AND health personnel [MeSH Terms]) AND prevention	196
CINAHL Plus	“Prevention assault” AND “Workplace violence”	178

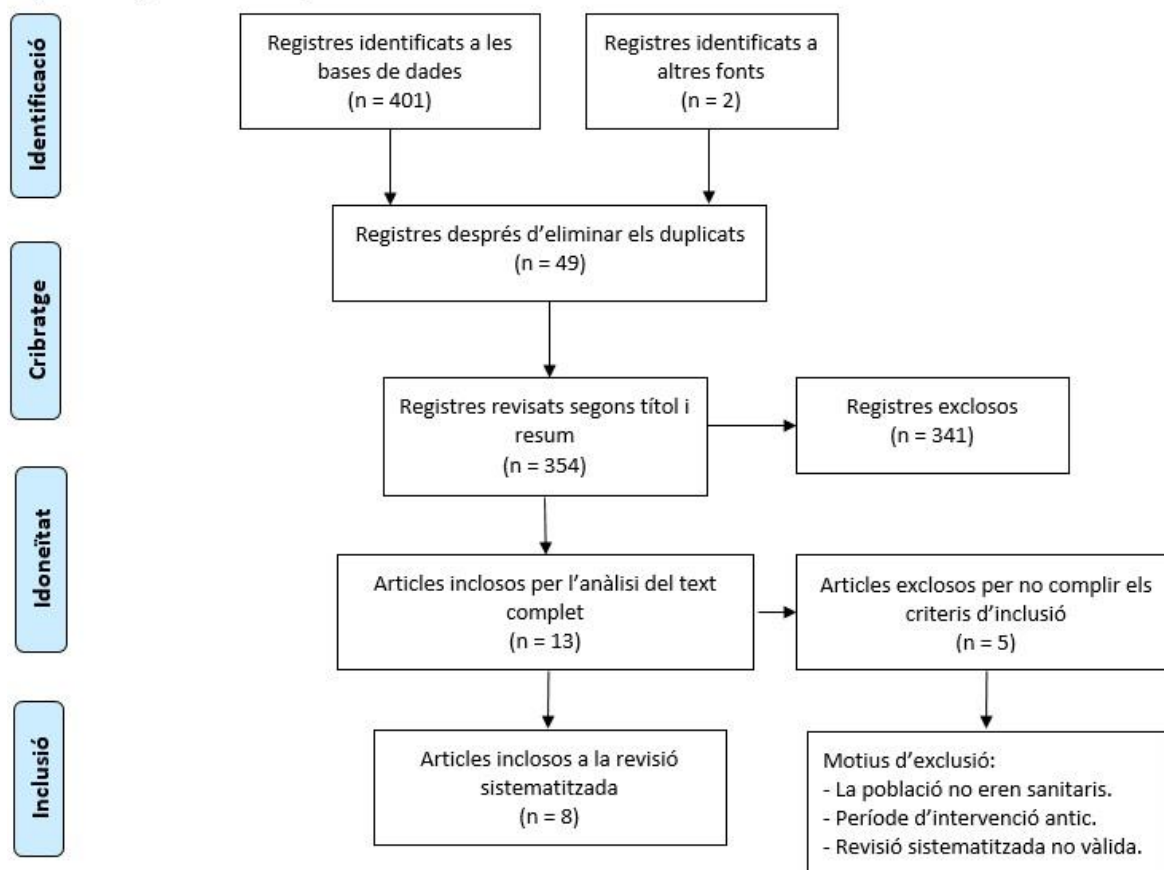
Scopus	TITLE-ABS-KEY (workplace AND violence AND prevention AND injury AND reduction)	17
--------	--	----

Etapa 3. Seleccionar els estudis rellevants

Per seleccionar els articles que finalment s'han inclòs en la revisió s'han seguit els criteris de PRISMA. S'ha elaborat un diagrama de flux (figura 1) en el qual es representa el procés de selecció dels articles. Després d'identificar els registres obtinguts amb les diferents cerques, es van comprovar els duplicats. A continuació, es van discriminar els articles mitjançant una lectura transversal dels títols i resums. Més tard, es va analitzar la rellevància dels resums, per posteriorment examinar el text complet i escollir els articles finalment inclosos a la revisió sistematitzada.

Els articles s'han administrat amb el programa de gestió de referències bibliogràfiques Mendeley v.1.19.4 (<https://www.mendeley.com>).

Figura 1. Diagrama de flux del procés de selecció dels articles



Etapa 4. Analitzar les dades

Els articles finalment inclosos s'han introduït a una taula, on es detallen les característiques més importants de cada article en els següents apartats: autor i any de publicació, disseny de l'estudi, població de l'estudi, intervenció i durada i avaluació i resultats.

Taula 3. Taula resum dels estudis seleccionats per la revisió

Autors i any de publicació	Disseny de l'estudi	Població de l'estudi	Intervenció i durada	Avaluació i resultats
INTERVENCIONS FORMATIVES				
Adams J et al. (2017) (17)	Estudi quasi-experimental	- N: 65. - Infermeres i auxiliars d'infermeria d'un hospital de Perth (Austràlia).	- Intervenció formativa basada en 4 àrees clau (avaluació, planificació, implementació, post-incident). - Durada: 1 any.	Nombre d'incidents violents pre i post-intervenció. Es van reduir un 45% després de la intervenció. Grau de coneixements, a través d'un qüestionari. Van augmentar els coneixements per prevenir i evitar incidents violents, però no la confiança i la capacitat dels professionals.
Isaak V et al. (2017) (18)	Estudi quasi-experimental	- N: 112. - Professionals sanitaris i no sanitaris d'un hospital psiquiàtric d'Israel.	- Formació en diversos àmbits: seguretat personal, millora de la comunicació de l'equip i millora de l'anàlisi dels incidents. - Durada: pre-intervenció (2004-2007) Intervenció (3 dies a finals del 2007) Post-intervenció (qüestionari 6 mesos després + seguiment del nombre d'incidents fins al 2013)	Nombre d'incidents i nombre de treballadors ferits pre i post-intervenció. Els incidents es van reduir notablement el primer any post-intervenció. El nombre de treballadors ferits també es va reduir després de la intervenció. Avaluació del "clima de seguretat", a través d'un qüestionari. Augment de la sensació de seguretat.

INTERVENCIIONS MULTIFACTORIALS				
Gillespie G et al. (2014) (19)	Estudi experimental	<ul style="list-style-type: none"> - N: 209. - Professionals sanitaris dels serveis d'urgències de diversos hospitals d'EUA. 	<ul style="list-style-type: none"> - GI: canvis en l'entorn de treball, modificació de polítiques i procediments i formació i educació vers la violència laboral. - GC: no es realitza cap intervenció. - Durada: 21 mesos. 	<p>Ràtio d'incidents violents (agressions i amenaces) pre i post-intervenció.</p> <p>Tant al GI com al GC els incidents es van reduir. En 2 dels 3 llocs d'intervenció hi va haver un descens significatiu.</p>
Arnetz J et al. (2017) (20)	Estudi experimental	<ul style="list-style-type: none"> - N: 41 unitats de diferents hospitals d'EUA (2.863 treballadors en 21 grups intervenció i 20 grups control). 	<ul style="list-style-type: none"> - GI: els investigadors van visitar les unitats d'intervenció i van demanar als supervisors que, amb el seu equip, desenvolupessin un pla d'acció per reduir la violència. - GC: no es realitza cap intervenció. - Durada: 5 anys. 	<p>Ràtio d'incidents i ràtio de treballadors ferits pre i post-intervenció.</p> <p>- GI: als 6 mesos els incidents es van reduir, però a posteriori van augmentar fins a nivells pre-intervenció. Es va reduir la ràtio de treballadors ferits lleugerament.</p> <p>- GC: augment als 6 mesos, disminució posterior i nou increment als 24 mesos. Va augmentar la ràtio de treballadors ferits considerablement als 24 mesos.</p>
Lakatos B et al. (2019) (21)	Estudi quasi-experimental	<ul style="list-style-type: none"> - N: 1866. - Professionals sanitaris i no sanitaris d'un hospital de Boston (EUA). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formació en tècniques de desescalada a través d'un curs online i pràctica amb casos simulats, i creació d'un equip interdisciplinari per abordar casos de pacients potencialment violents. - Durada: 3 anys. 	<p>Ràtio d'incidents violents pre i post-intervenció.</p> <p>Disminució d'un 40% dels incidents patits per infermeres.</p>

Hemati-Esmaili M et al. (2018) (22)	Estudi quasi-experimental	<ul style="list-style-type: none"> - N: 49. - Infermeres del servei d'urgències d'un hospital de Mashhad (Iran). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formació en maneig de la ira i l'estrès i resolució de conflictes. Creació de la figura de la "infermera de prevenció de la violència", que analitza el pacient i els seus familiars que podrien tenir comportaments agressius. - Durada: 10 mesos. 	<p>Freqüència d'incidents violents pre i post-intervenció.</p> <p>Disminució d'un 5% de les agressions físiques i d'un 30% de les verbals.</p> <p>Reducció del temor de les infermeres a patir una agressió.</p>
Morphet J et al. (2018) (23)	Revisió sistemàtica	<ul style="list-style-type: none"> - N: 20 articles. - Estudis d'intervencions per prevenir i gestionar les agressions causades per pacients. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisió sistemàtica que cerca intervencions destinades a reduir les agressions i al maneig de les mateixes. 	<p>Es van seleccionar 20 articles.</p> <p>L'avaluació del risc dels pacients, la formació dels treballadors i els equips de resposta van reduir la incidència de les agressions.</p>
Raveel A et al. (2019) (24)	Revisió sistemàtica	<ul style="list-style-type: none"> - N: 44 articles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisió sistemàtica que busca intervencions per prevenir les agressions dirigides als metges. 	<p>Es van seleccionar 44 articles.</p> <p>Es va trobar evidència moderada en què un programa específic de prevenció de la violència en disminuïa el risc. L'ús de tècniques de desescalada també és una recomanació forta.</p>

Etapa 5. Resumir i classificar els resultats

Després de la lectura completa dels articles seleccionats, s'ha extret de cada un d'ells la informació per identificar-los i classificar-los segons la tipologia de la seva intervenció: intervencions formatives i intervencions multifactorials.

En primer lloc, Adams J et al. i Isaak V et al. presenten un pla d'intervenció basat en la formació dels treballadors. Adams J et al. (17) planteja una intervenció educativa a les infermeres i auxiliars d'infermeria d'un hospital d'Austràlia. Aquesta intervenció es basa en quatre àrees (avaluació del risc, planificació de les accions preventives, implementació i anàlisi post-incident). Els resultats es van mesurar amb el nombre d'incidents violents produïts pre i post-intervenció i amb el grau de coneixements que va adquirir el personal, valorat a través d'un qüestionari. En els sis mesos posteriors a la intervenció, els incidents violents es van reduir un 45% comparant-los amb els sis mesos pre-intervenció (30 incidents pre i 17 post). L'ús de tècniques verbals de desescalada va augmentar després de la intervenció, no així el d'altres mesures de control com l'administració de fàrmacs o la contenció física i/o mecànica. Tot i que els treballadors van augmentar el grau de coneixements, no va passar el mateix amb la confiança i la capacitat per abordar els incidents. Adams J et al. (17) afirma que aquestes qualitats poden necessitar més temps per desenvolupar-se i es beneficiarien de les aportacions d'experts. D'altra banda, és important ressaltar que l'anàlisi post-incident (debriefing) va permetre comprovar que tots els agressors complien els criteris que indiquen que un pacient pot provocar incidents violents (historial de violència previ, consum de substàncies estupefaents i confusió per deliri o demència, entre d'altres). En el cas d'Isaak V et al. (18), la intervenció consisteix en una formació en seguretat personal, en la millora de la comunicació entre l'equip i en la millora de l'anàlisi dels incidents, realitzada als treballadors de diverses unitats d'un hospital psiquiàtric d'Israel. La formació es va impartir durant 3 dies, i cada any posterior a la intervenció es van fer sessions de recordatori segons el tema que el personal creia més convenient (29). Els resultats de la intervenció es van valorar amb el nombre d'incidents i de treballadors ferits anualment, a més de l'avaluació del "clima de seguretat" per part dels treballadors, a través d'un qüestionari. Els incidents produïts els 6 anys posteriors a la intervenció es van reduir progressivament, passant de 36 incidents l'últim any abans de la intervenció, a 13 al cap de sis anys. El nombre de treballadors ferits va seguir la mateixa tendència a la baixa. El personal també va valorar positivament

les mesures de l'organització per millorar la comunicació, la seguretat i els procediments d'actuació.

En segon lloc, la intervenció plantejada per Gillespie G et al. (19) consisteix en l'aplicació d'un programa multifactorial per reduir la violència, que es basa en 3 components: canvis en l'entorn de treball, modificació de polítiques i procediments i sessions de formació i entrenament. Els investigadors van elaborar uns procediments inicials per a cada hospital, revisats i aprovats pels directors i supervisors dels centres. Les polítiques clau contra la violència van ser les mateixes a tots els llocs d'intervenció. Els investigadors també van crear continguts educatius, en coordinació amb experts de prevenció i maneig de la violència laboral. Les sessions de formació es van fer de forma presencial i online, tant als professionals que participaven a l'estudi com als que no ho feien. La hipòtesi dels investigadors de que els llocs d'intervenció presentarien una disminució significativa dels incidents violents respecte als lloc de control no es va complir, ja que en els 2 grups hi va haver una disminució. Tot i això, en 2 dels 3 centres on es va dur a terme la intervenció sí que es va produir una reducció important de les agressions en els 9 mesos posteriors. Una possible causa de que la hipòtesi no es complís va ser que durant el temps de la intervenció, un dels centres del grup control va rebre un requeriment d'una agència governamental per implementar un programa de prevenció de la violència.

Per la seva part, Arnetz J et al. (20) va dissenyar un estudi basat en la investigació d'acció participativa (26), consistent en fer partícips de la intervenció els supervisors de les unitats i altre personal de l'hospital. Així doncs, es van seleccionar 42 unitats de diferents hospitals d'EUA i es van assignar aleatòriament al grup intervenció i al grup control (durant la intervenció una unitat del grup control es va clausurar i va ser eliminada de l'estudi). Els investigadors es van reunir amb els supervisors de les unitats del grup d'intervenció i el seu equip i els van presentar les dades d'incidents violents que havien recollit dels últims 3 anys. Els van demanar que desenvolupessin un programa per reduir la violència adaptat a les seves unitats amb intervencions basades en l'evidència. Els investigadors van adoptar aquest format d'intervenció per tal d'empoderar els supervisors i traslladar-los la responsabilitat de prevenir els incidents violents, amb la intenció que això fes perdurar la intervenció. Els resultats es van mesurar amb la ràtio d'incidents i treballadors ferits pre i post-intervenció als 6, 12, 18 i 24 mesos posteriors. Al grup d'intervenció als 6 mesos la ràtio d'incidents va disminuir, però posteriorment van augmentar progressivament. Al grup control primer va augmentar, després va disminuir

als 12 i 18 mesos i va tornar a pujar als 24. Pel que fa a la ràtio de treballadors ferits, al grup d'intervenció va disminuir notablement i al grup control també va baixar, però en aquest últim als 24 mesos es va produir una forta pujada. En conjunt, als 24 mesos, tant la ràtio d'incidents com la de treballadors ferits era inferior al grup d'intervenció, tot i que en ambdós grups s'havia tornat a nivells anteriors a la intervenció. Això suggereix que els efectes positius que inicialment va generar la intervenció no es van mantenir i que, per tant, és necessari sessions de recordatori.

Lakatos B et al. (21) planteja una intervenció per disminuir les agressions emmarcada en un programa dissenyat per millorar el benestar dels treballadors d'un hospital de Boston. La intervenció se centra en 2 àmbits: formació al personal i creació d'un equip multidisciplinari per abordar els casos de pacients amb risc de generar situacions de violència. Primer es va passar una enquesta als participants per saber el grau de coneixements i valorar les actituds dels professionals davant les agressions. A partir dels resultats que se'n van extreure es va elaborar el contingut de la formació, realitzada a través d'un curs online, i que va consistir en potenciar les tècniques verbals de desescalada, millorar l'avaluació clínica i en la pràctica amb casos simulats. L'altre pilar de la intervenció fou la creació d'un equip format per metge, infermera i personal de seguretat (podent-se afegir altres tipus de personal segons les necessitats). Quan qualsevol professional detecta que un pacient o un acompanyant pot representar una amenaça potencial s'activa l'equip. La seva actuació consisteix en avaluar el risc mitjançant la història clínica, la valoració de l'estat mental i el grau de deliri. Quan la causa de l'alteració ha estat identificada, s'elabora un pla d'acció per tractar el pacient atenent la seguretat dels professionals. Posteriorment, es fa un anàlisi de l'incident per valorar la resposta donada. La ràtio d'incidents patits per infermeres va disminuir un 40% després de la intervenció.

En la mateixa línia, Hemati-Esmaili M et al. (22) proposa una intervenció similar consistent en la formació dels professionals i en la creació de la figura d'una "infermera de prevenció de la violència", basada, igual que Arnetz J et al. (20), en la investigació d'acció participativa. A la primera part de l'estudi, es va passar un qüestionari per tal de conèixer l'abast del problema de la violència i el grau de temor que tenien les infermeres a sofrir un incident. A continuació, es van fer 4 sessions amb un grup format per infermeres i supervidores, on es van presentar els resultats del qüestionari i se'ls va demanar les seves opinions al respecte. D'aquestes sessions es van identificar els

principals problemes al voltant de la violència laboral, que eren la falta de coneixements i habilitats de comunicació de les infermeres per poder gestionar les situacions i la falta de protocols oficials sobre com prevenir el problema. Així doncs, els investigadors van dissenyar una formació encarada a millorar les habilitats comunicatives i a resoldre possibles conflictes i es va crear la figura de la “infermera de prevenció de la violència”, amb la funció d’avaluar els pacients (i els acompanyants) que podrien tenir comportaments violents i aplicar les mesures de prevenció més adequades a cada cas, com per exemple informar les infermeres dels pacients de risc, facilitar l’atenció d’aquests pacients per evitar esperes excessives o proporcionar-los tota la informació clínica del tractament i de l’evolució. Aquesta infermera també s’encarrega de registrar el nombre d’incidents i duu a terme sessions de debriefing després de cada incident. L’efectivitat d’aquesta intervenció multifactorial es va valorar amb la freqüència d’incidents. Les agressions verbals van disminuir un 30% i les físiques un 5%. També es va reduir el temor de les infermeres a patir un incident.

Morphet J et al. (23) va realitzar una revisió per avaluar l’efectivitat de les intervencions per prevenir i gestionar agressions. Es va fer una cerca a diferents bases de dades (Scopus, Medline, PubMed, CINAHL Plus, ProQuest Central i Google Scholar), trobant 2276 resultats, dels quals es van seleccionar 20 articles per a la revisió final. La formació del personal en habilitats comunicatives, tècniques de desescalada i el reconeixement d’indicis predictius de comportaments violents van ser accions comunes en diversos estudis i que es van mostrar efectives.

Raavel A et al.(24) va dur a terme una revisió similar, però encarada al col·lectiu mèdic. Es van utilitzar les bases de dades de Pubmed, Embase, Turning Research into Practice (TRIP), Cochrane i Psycharticle. Es van identificar 747 resultats, dels quals 44 es van incloure a l’anàlisi. Diversos programes de prevenció de la violència que incloïen mesures com l’avaluació del risc, formació i entrenament al personal per l’ús de tècniques verbals i el registre i avaluació dels incidents van ser eficaços en la disminució de les agressions.

5. Discussió

Aquesta revisió ha permès trobar diversos estudis i revisions sistemàtiques que tenen l'objectiu de reduir i prevenir les agressions que pateixen els professionals sanitaris. La majoria d'aquests estudis van ser duts a terme als Estats Units (19, 20, 21), 2 més a Austràlia (17, 23), un a Israel (18), un a l'Iran (22) i un altre a Bèlgica (24). D'altra banda, cal destacar que no s'ha trobat cap estudi realitzat a Espanya. Tot i que les agressions als professionals sanitaris són un problema d'abast mundial, el fet que no es disposi d'intervencions realitzades aquí resulta un hàndicap a l'hora d'extrapolar a l'àmbit estatal els resultats obtinguts, donat que els sistemes sanitaris són diferents a cada país.

Pel que fa al **tipus d'estudi**, s'han trobat 4 estudis quasi-experimentals, 2 estudis experimentals i 2 revisions sistemàtiques. A nivell de la mida de la població de cada estudi veiem que és força variable; des dels 49 participants d'Hemati-Esmaeili M et al. (22) fins als 2.863 d'Arnetz J et al. (20). La tipologia de les unitats on s'ha intervingut també és diversa, encara que majoritàriament els estudis s'han fet en dues grans àrees hospitalàries: els serveis d'urgències i les unitats d'hospitalització. Comparant-ho amb les dades de la introducció, referents a les agressions a Espanya, observem que les intervencions es duen a terme en llocs que representen un percentatge important del total d'agressions registrades. Així mateix, també s'ha localitzat un estudi que desenvolupava una intervenció en un hospital psiquiàtric, atenent així un altre focus important de situacions de violència.

D'altra banda, no s'ha trobat cap intervenció per prevenir les agressions a les consultes dels centres d'atenció primària o a les consultes externes dels hospitals, que són els llocs on es produeixen més agressions a Espanya (3). La falta d'accions preventives en aquests equipaments s'ha valorat en el context del model i l'organització del sistema sanitari de cada estat, ja que no tots els països on s'han fet estudis tenen la xarxa d'atenció primària que hi ha a l'estat espanyol i, per tant, el nombre d'agressions és més baix, i la necessitat de desenvolupar estratègies de prevenció específiques també.

En relació a les característiques de les intervencions segons la seva tipologia, del total de 8 estudis seleccionats, 2 ho desenvolupen a través d'intervencions exclusivament formatives i els altres 6 es basen en intervencions de caràcter multifactorial.

Per tal de contestar a l'objectiu general del treball classifcarem els **resultats obtinguts en funció de la tipologia de la seva intervenció**, ja sigui exclusivament formativa o multifactorial. Així doncs, en resposta a aquest objectiu s'han seleccionat 2 estudis en els quals els investigadors van optar per la formació del personal com a mètode per intentar reduir les agressions que pateixen. En l'estudi realitzat per Adams J et al. (17) es va dur a terme una formació al personal de dues unitats d'hospitalització en sessions diàries d'una hora durant el canvi de torn i durant 3 mesos. Els àmbits que la formació va tractar van ser quatre: avaluació del risc d'agressió, planificació de les accions preventives, implementació de les mateixes i anàlisi posterior de tot el procés. Isaak V et al. (18), en canvi, va centrar la formació als treballadors d'un hospital psiquiàtric en tècniques de defensa personal, en la millora de la comunicació de l'equip (entre supervisors i treballadors) i en la millora de l'anàlisi dels incidents a través de sessions de debriefing. La formació es va impartir durant 3 dies, a raó d'un taller de cada àmbit al dia.

Comparant els resultats de les intervencions, en ambdues s'avalua el nombre d'incidents violents abans i després de la intervenció en nombres absoluts (Adams J et al. ho fa també en percentatge). En les dues es van reduir notablement. També es va avaluar la formació atenent a la seva tipologia; Adams J et al. (17) ho va fer a través d'un qüestionari per mesurar el grau de coneixements, que van augmentar, i Isaak V et al. (18) amb un qüestionari per avaluar el "clima de seguretat", que també es va veure reforçat.

D'altra banda, s'han localitzat 6 intervencions de caràcter multifactorial, en les qual s'inclouen dues revisions sistemàtiques. Tres d'aquests estudis (19, 21, 22) inclouen en les seves respectives intervencions una part formativa. Tant Gillespie G et al. (19) com Lakatos B et al. (21) van realitzar una formació semblant, basada en un curs online amb material didàctic de prevenció de la violència laboral (avaluació del risc, habilitats comunicatives i tècniques verbals de desescalada de situacions potencialment violentes) i pautes d'actuació després d'una agressió, combinat amb una sessió per posar en pràctica els nous coneixements amb casos simulats. Hemati-Esmaeili M et al. (22), per la seva part, va promoure un curs presencial de 3 dies amb la intenció de conscienciar a les infermeres de la violència laboral i totes les seves vessants, així com formar-les per tal de poder gestionar la ira i l'estrès i resoldre els conflictes de la millor manera possible.

Tot i diferir lleugerament en la part formativa, Lakatos B et al. (21) i Hemati-Esmaeili M et al. (22) comparteixen una altra mesura per intentar reduir les agressions: els dos aposten

per la instauració de professionals especialitzats. Aquest últim autor va promoure l'establiment de la figura de la "infermera de prevenció de la violència". Aquesta infermera valora el risc de que els pacients o els seus acompanyants tinguin un comportament violent i pren les accions preventives oportunes (informar a les infermeres de la presència de pacients potencialment violents, facilitar el procés d'atenció per reduir l'espera, donar totes les explicacions necessàries del problema de salut i la seva evolució...) per evitar situacions de violència cap al personal. També té la funció de registrar les agressions que es produeixin i de dur a terme sessions de seguiment després de cada incident. Lakatos B et al. (21) va una mica més enllà i aposta per la creació d'un equip multidisciplinari que s'activa quan es creu que un pacient pot representar una amenaça potencial. Aquest equip format per un metge, una infermera i vigilants de seguretat (es pot afegir més personal especialitzat segons les necessitats) fa un anàlisi de la situació i la seva etiologia i elabora un pla d'acció. La intervenció de l'equip acaba amb una avaluació de l'incident quan aquest ja ha finalitzat.

Gillespie G et al. (19), a més de la formació, va revisar les polítiques i procediments de cada centre per tal d'incloure-hi estratègies per avaluar el risc, millorar-ne la comunicació, procurar un ambient segur, tenir una resposta davant d'un incident, portar-ne un registre i augmentar la vigilància i atenció posterior. També es van aplicar canvis en l'entorn de treball, que van ser específics de cada centre segons les seves característiques. Un centre, per exemple, va instal·lar botons d'alarma, portes amb tancament automàtic i càmeres de videovigilància (25).

Un tipus d'intervenció totalment diferent és la que planteja Arnetz J et al. (20), el qual va dissenyar un estudi on els investigadors van recollir les dades d'agressions a les diferents unitats, les van exposar als respectius supervisors i els van demanar que desenvolupessin un pla per reduir la violència adaptat al seu servei. Algunes de les estratègies que es van aplicar van ser la formació dels treballadors en tècniques de desescalada i per tractar amb pacients agitats, augmentar la freqüència de les rondes del personal de seguretat, ampliar el treball conjunt amb psiquiatria per donar una resposta adequada, etc. És important ressaltar que aquest és l'estudi amb la població més gran (2.863 treballadors), que inclou diverses unitats (plantes d'hospitalització, UCIs, serveis d'urgències i unitats de psiquiatria, entre d'altres) i que el que duen a terme els investigadors no és una intervenció directa per prevenir la violència, sinó que el que es pretén és que siguin els propis

supervisors de les unitats els que elaborin plans de prevenció, fent-los sentir responsables de l'acció amb l'objectiu que això la faci perdurar.

Pel que fa als resultats obtinguts, els 4 articles (19, 20, 21, 22) exposen els resultats en ràtio d'incidents violents. Arnetz J et al. (20), a més, inclou el nombre de treballadors ferits. Totes quatre intervencions es van mostrar efectives en la reducció dels incidents violents soferts pel personal sanitari. Gillespie G et al. (19) va concloure que en 2 dels 3 centres on es va actuar es van reduir significativament les agressions, tot i que també van disminuir, més lleugerament, als centres del grup control. Lakatos B et al. (21) va observar una reducció d'un 40% dels incidents patits per infermeres i Hemati-Esmaeili M et al. (22) també va tenir una disminució d'un 5% d'agressions físiques i d'un 30% de les verbals. Arnetz J et al. (20) va observar una disminució inicial dels incidents al grup intervenció, però posteriorment van pujar fins a nivells superiors a abans de l'actuació. Al grup control hi va haver fluctuacions i va acabar amb més incidents que el grup intervenció. Pel que fa al nombre de treballadors ferits, va aconseguir una reducció al grup intervenció; no així al grup control on tot i que primer hi va haver un decreixement, després va augmentar fins a nivells superiors al període pre-intervenció. Els autors van concloure que els beneficis inicials de la intervenció no es van mantenir, però sí que es va mostrar efectiva donada la reducció en el nombre de treballadors ferits.

Per acabar, tant Morphet J et al. (23) com Raveel A et al. (24) van dur a terme revisions sistemàtiques amb la finalitat d'avaluar l'efectivitat de les intervencions destinades a prevenir i gestionar la violència laboral patida pels professionals sanitaris. Els dos articles van arribar a conclusions similars. Les intervencions que es van mostrar més efectives en la reducció d'agressions van ser la formació i entrenament dels professionals en tècniques de desescalada i l'avaluació del risc potencial d'agressió dels pacients. Pel que fa a altres accions, com alguns canvis en l'entorn de treball (col·locació de barreres físiques, botons d'alarma, millora de la il·luminació en determinades zones, etc.) no es va trobar evidència que recolzés aquestes actuacions (24).

Així doncs, si comparem les intervencions formatives i les multifactorials veiem que totes les d'aquest últim grup inclouen una part de formació. El contingut de la mateixa és variat, però diversos estudis han apostat per temaris similars, basats en les habilitats de comunicació i en les tècniques verbals de desescalada. Aquest ensenyament s'ha mostrat efectiu en tots els estudis.

Finalment, per tal de comparar l'evidència trobada i comprovar si s'està fent alguna actuació en el nostre entorn, es va contactar amb la Unitat Bàsica de Prevenció (UBP) de Riscos Laboral de l'ICS a Lleida, de referència a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i a l'Atenció Primària de Lleida i l'Alt Pirineu i Aran. La situació provocada pel COVID-19 va dificultar aquest procés i únicament es va poder obtenir un procediment operatiu de l'ICS (27). Aquest protocol està destinat a la prevenció i actuació davant de situacions de violència que pateixin treballadors de l'Institut Català de la Salut. La part de prevenció és reduïda, i entre les mesures que proposa hi ha l'impuls de la formació dels professionals en tècniques de comunicació, empatia, relaxació i gestió de situacions conflictives. Aquesta formació s'hauria de fer, com a mínim, dos cops a l'any. Altres intervencions són millorar la informació als ciutadans de l'atenció sanitària i adequar les sales d'espera per fer-les més confortables. Un altre document que es va trobar fou el Pla Integral de Prevenció de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021, elaborat per la conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (28). Aquest document compta amb diverses propostes d'intervencions per disminuir les agressions, entre les quals la formació dels treballadors a través d'un curs online en el qual s'exposin pautes per detectar indicis de pacients que poden causar una agressió, tècniques de desescalada de la situació, recursos de suport per als treballadors agredits, etc. A més, també aposta per realitzar tallers pràctics de manera més personalitzada als diferents centres. Tal com s'ha exposat anteriorment, aquestes accions s'han mostrat efectives en la reducció de les situacions violentes.

5.1. Limitacions de l'estudi

Han sigut diverses les limitacions sorgides a l'hora de realitzar aquesta revisió. En primer lloc, la cerca s'ha restringit a articles d'accés gratuït en castellà o anglès, podent haver-hi articles de pagament i en altres idiomes que no han estat identificats. Una altra limitació ha estat que, segons el mètode de Arksey i O'Malley (16), haurien de ser dos els investigadors que duguin a terme una revisió sistematitzada i, en aquest cas ha estat realitzada per una única persona.

Una altra limitació important, exposada anteriorment, ha estat que no s'ha localitzat cap estudi realitzat a Espanya. Així doncs, tenint en compte que alguns dels factors de risc associats a les agressions estan relacionats amb l'organització del sistema sanitari, i que aquesta pot diferir entre països, seria interessant reproduir els estudis al nostre entorn. En

el cas que això es produís, fora convenient aplicar les intervencions als centres d'atenció primària i a les consultes externes dels hospitals, ja que són els llocs on es produeixen més agressions a Espanya (3) i no s'ha trobat cap estudi que hi intervingués.

Finalment, una limitació comuna en diversos estudis és el curt període d'avaluació de la intervenció. Tenint en compte que alguns articles (18, 20, 29) han fet evident que amb el pas del temps els efectes positius de les intervencions van decaient si no es realitzen sessions de recordatori, altres estudis (17, 19, 22), en els quals el període d'avaluació de resultats és inferior a un any, no aporten dades més enllà d'aquest temps, excloent així la possibilitat d'aportar més evidència en aquest aspecte.

6. Conclusions

Les agressions al personal sanitari són una realitat de la qual hem de ser conscients i sobre la qual és necessari actuar. Aquest problema afecta tots els nivells assistencials i són nombroses les accions que s'han dut a terme per tal de reduir les agressions.

Segons la revisió realitzada, les intervencions per reduir les situacions de violència que afecten els professionals sanitaris i que s'han mostrat efectives són: la formació del personal en diversos àmbits (avaluació del risc potencial d'agressió dels pacients, habilitats comunicatives i tècniques verbals de desescalada) juntament amb sessions de simulació per posar en pràctica els coneixements, l'especialització o creació d'equips multidisciplinaris amb personal entrenat per tal de fer front a situacions potencialment violentes i l'anàlisi posterior dels incidents a través de sessions de debriefing.

Pel que fa a la implementació de mesures en l'entorn de treball, tals com la col·locació de barreres físiques, botons d'alarma, millora de la il·luminació en determinades zones, etc. no s'ha arribat a resultats concloents, ja que si bé és cert que algun estudi les ha aplicat i els efectes han estat positius no es pot concloure que hagi estat per aquests canvis, donat que no s'han aplicat únicament, sinó conjuntament amb altres intervencions.

D'altra banda, donada la falta d'estudis realitzats tant a les consultes d'atenció primària i consultes externes dels hospitals com a nivell espanyol, en futures investigacions es podria actuar en aquests centres del Sistema Nacional de Salut utilitzant les intervencions exposades en aquesta revisió. A més, atès que diversos estudis han conclòs que l'efectivitat de les intervencions disminueix amb el pas del temps, seria convenient analitzar els efectes a mitjà i llarg termini.

7. Bibliografia

1. Organización Internacional del Trabajo. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. 2002.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Grupo de Trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2014 [consultat 6 desembre 2019]. Disponible a: <http://www.senado.es/web/expedientappendixblobservelet?legis=10&id1=136341&id2=1>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Informe de agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2019 [consultat 8 desembre 2019]. Disponible a: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Punto%206-%20Informe%20AgresionesProfesionales.pdf>
4. EPA: las mujeres representan una mayoría histórica en la sanidad española. Redacción médica [Internet]. 2018. [consultat 8 desembre 2019]. Disponible a: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/epa-maximo-historico-de-feminizacion-en-la-sanidad-espanola-1665>
5. Directiva 89/391/CEE, de 12 de junio 1989, medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.
6. European Agency for Safety and Health at Work. Annual Report [Internet]. 2002. Disponible a: https://osha.europa.eu/publications/annual_report/2002/
7. Article 40.2 CE. Constitució Espanyola de 1978.
8. Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de Riscos Laborals. BOE , núm. 269, de 10/11/1995.
9. Llei Orgànica 1/2015, de 30 de març, per la qual es modifica el Codi Penal aprovat per la Llei Orgànica 10/1995. BOE núm. 77, de 31 de març de 2015.
10. Resolució 590/XI, de 20 d'abril, sobre les agressions i les coaccions a professionals sanitaris. BOPC, núm. 395, de 27 d'abril de 2017.

11. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC, núm. 1324, de 30/07/1990.
12. Resolució EMO/1742/2015, de 24 de juliol, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del I Conveni col·lectiu de treball de centres concertats amb el Servei Català de la Salut. DOGC, núm. 6923, de 29/07/2015.
13. Mayorca-Yancán IA, Lucena-García S, Cortés-Martínez ME, Lucerna-Méndez MÁ. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Segur Trab. 2013;59(231):235-58.
14. Ocho de cada diez trabajadores sanitarios sufrieron alguna agresión en los últimos 5 años. Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) [Internet]. 2019. Disponible a: <https://www.csif.es/contenido/nacional/general/278984>
15. Se cumplen 10 años del último asesinato de un médico a manos de su paciente. Redacción médica [Internet]. 2019 [consultat 7 març 2020]. Disponible a: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/se-cumplen-10-anos-del-ultimo-asesinato-de-un-medico-a-manos-de-su-paciente-5066>
16. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19–32.
17. Adams J, Knowles A, Irons G, Roddy A, Ashworth J. Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence. Aust J Adv Nurs. 2017;34(3):6-15.
18. Isaak V, Vashdi D, Bar-Noy D, Kostisky H, Hirschmann S, Grinshpoon A. Enhancing the Safety Climate and Reducing Violence Against Staff in Closed Hospital Wards. Workplace Health Saf. 2017;65(9):409-16.
19. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department. J Emerg Nurs. 2014;40(6):586-91.

20. Arnetz JE, Janisse J, Hamblin L, Russell J, Essenmacher L, Upfal MJ, et al. Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med*. 2017;59(1):18-27.
21. Lakatos BE, Mitchell MT, Askari R, Etheredge ML, Hopcia K, DeLisle L, et al. An Interdisciplinary Clinical Approach for Workplace Violence Prevention and Injury Reduction in the General Hospital Setting: S.A.F.E. Response. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019;25(4):280-8.
22. Hemati-Esmaili M, Heshmati-Nabavi F, Pouresmail Z, Mazlom S, Reihani H. Educational and Managerial Policy Making to Reduce Workplace Violence Against Nurses: An Action Research Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(6):478-85.
23. Morphet J, Griffiths D, Beattie J, Velasquez Reyes D, Innes K. Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review. *Collegian*. 2018;25(6):621-32.
24. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:e028465.
25. Gillespie GL, Gates DM, Mentzel T, Al-Natour A, Kowalenko T. Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program. *J Emerg Nurs*. 2013;39(4):376-83.
26. Ozanne JL, Saatcioglu B. Participatory action research. *J Consumer Res*. 2008; 25(3): 423-39.
27. Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Procediment de prevenció i actuació davant de situacions de violència externa. 2017.
28. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Plan Integral de Prevención de las Agresiones en el Entorno Sanitario 2018-2021. 2018.
29. Isaak V, Vashdi D, Steiner-Lavi O. The long-term effects of a prevention program on the number of critical incidents and sick leave days. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12(71):1-5.